

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 23 日

平成 20 年 2 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人京都福祉サービス協会特別養護老人ホーム塔南の園につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

評価が高かった点	<p><u>I 健全な組織体制について</u></p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①理念の周知と実践 ②運営方針の周知と実践 ③運営規定の遵守</p> <p>(2) 組織体制 ①責任者等の協働 ②管理者による状況把握 ③透明性の確保 ④支援体制の充実</p> <p>(3) 労働環境 ①労働環境への配慮 ②ストレス管理</p> <p>(4) 課題の設定 ①重点課題の設定 ②業務レベルにおける課題の設定</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ①質の高い人材の確保 ②継続的な研修の実施 ③OJTの実施</p> <p><u>II 適正なサービス提供体制について</u></p> <p>(1) サービスの品質の確保 ①業務マニュアルの作成 ②サービス提供に係る記録 ③確実な情報伝達 ④ケアカンファレンス</p> <p>(2) 個別援助計画 ①アセスメントの実施 ②個別援助計画の作成 ③専門家等に対する意見照会 ④スタッフの意見の集約 ⑤個別援助計画の見直し</p>
----------	---

	<p>(3) 利用者等の希望尊重 ①利用者・家族の希望尊重 ②希望等を引き出す働きかけ</p> <p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ①人権等の尊重 ②プライバシー等の保護</p> <p>(2) 情報提供 ②利用者に係る情報交換 ④地域への情報公開</p> <p>Ⅳ サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決 ①苦情・相談窓口の明示 ②苦情やトラブルへの対応 ③第三者への相談機会の確保 ④苦情に基づくサービスの改善</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ①利用者満足度の把握 ②質の向上に対する検討体制 ③評価の意義についての周知</p> <p>(3) 評価の実施 ②自己評価の実施 ③第三者評価の受け入れ</p>
	<p><u>I 健全な組織体制について</u></p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①②③児童館と併設した介護老人福祉施設「塔南の園」は、社会福祉サービス協会【総合福祉施設】に在ります。“今、この時を大切に”をキーワードに、理念に【人権尊重、地域に根ざした施設づくり、地域・児童と高齢者の交流を図り、高齢者や障害のある方の自立支援】を掲げています。施設を世代間交流や多彩なボランティア活動の場として、又、施設の機能を広く住民に提供することで、利用者が地域で安心して暮らし続けられる社会の実現を目指しています。組織理念と運営方針を、施設内に掲示、ホームページやパンフレットに掲載して、職員や利用者・家族、地域に周知を図っています。</p> <p>理念に基づいて「19年度事業の運営方針」を策定し、「塔南の園が職員に求めるもの」と題した文章を全職員に配布する等、理念の実現に向けた法人の考えを職員全員と共有しています。</p> <p>(2) 組織体制 ①責任者等の協働 管理者(施設長)と事務長(施設ケアマネ兼務)は、中間管理職(主任・副主任クラス)の育成に力を入れています。施設長は全職員に年1回以上、ヒヤリングを行うとともに、毎日、施設内を巡回して、職員とのコミュニケーションを図っています。事務長は施設ケアマネを兼務し、施設内の会議に概ね出席</p>

し、職員と協働で利用者一人ひとりに普通の暮らしを保障するケア環境の整備に努めています。

②管理者による状況把握

施設長や事務長等は、経営層の意思決定の場において、施設の諸会議で集約した現場の声を反映しています。また、介護記録ソフト「ほのぼの」や業務日誌、報告書等で、日常業務の状況把握と確認に努めています。緊急時に備え、緊急時対応マニュアルや緊急連絡網を整備し、適時指示ができる体制となっています。

③透明性の確保

理事会、施設長会議、各種部会、委員会等を定期的で開催し「事務分掌、専決及び文書・公印の管理に関する規則」に基づいて、案件別の意思決定を行っています。全職員に、社内イントラ「サイボウズ」で会議録や資料等の閲覧を義務付け、組織の透明性と情報の共有化を図っています。

④支援体制の充実

近隣の総合病院との連携、内科医師・精神科医師の定期回診により医療の支援体制の充実を図っています。

(3) 労働環境

①労働環境への配慮

ユニットケア・個別ケアの実現に向けて、職員数を規定以上(1.9:1以上)に配置して職員の心身の負担軽減に努めています。ボランティアとの日常的なケアの協働が、職員の精神的ゆとりに繋がり、利用者の生活支援に広がり豊かさを与えています。

②ストレス管理

新任職員教育にプリセプターシップ制度を導入しています。スーパーバイザーとして主任を配置し、日常的に職員からの相談に応じています。パート職員ヒヤリングで、「いつでも相談すれば助言が得られる職場環境です」と回答がありました。勤務1年以上の職員に、月1日のリフレッシュ休暇を付与しています。

(4) 課題の設定

①重点課題の設定 ②業務レベルにおける課題の設定

「理念」に基づき、19年度の重点課題に「ユニットケアの推進」をあげ、「19年度事業計画書」に明示しています。また、重点課題の達成に向けて、職員ひとり一人に課題を設定し、3か月毎に、到達度の点検と見直しを行っています。

ユニットケア(個別援助)の推進役である主任・副主任、ユニットリーダーが職員への意識づけや他職種とのチームワークに努めています。

(5) 人材の確保・育成

①質の高い人材の確保

職員採用では、資格・経験を勘案しつつも、福祉に対する熱意や意欲などの人間性を総合的に評価して採用決定を行っています。また、介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得を支援しています。受験対策講座の実施、受験日の勤務扱い、資格取得祝い金の交付、基本給への反映など、職員のキャリアアップに努めています。

②継続的な研修の実施

「研修要綱」に基づいて、年度当初に研修計画を立案し実行しています。施設独自の新採用時研修をはじめ、法人全体では中堅職員(経験5年以上)研修等の段階別研修を行なっています。外部研修には案内書を回覧し、参加を促しています。

「新採職員研修テキスト」の作成、研修報告書の提出、「特養会議」での伝達研修、社内イントラ「サイボウズ」での閲覧等、職員研修の計画・実施・点検・評価のサイクルの充実により、研修成果を全職員が共有しています。

③OJTの実施

新人教育に「プリセプター制度」を導入し、3ヶ月間のOJTを実施しています。

援助場面で気づいた事柄を「気づきノート」に記載させ、これに、先輩職員がコメントを添え、職員が互いに学び・気づきあう職場づくりに努めています。「新採用研修テキスト」に、法人理念、事業計画、福祉制度などの項目を入れ、福祉制度に基づく適正な運営の理解や、社会資源として使命感を持つ人材の育成に努めています。大学、短大、専門学校の実習生を多く受け入れ、法人内職員教育を活性化するとともに、地域の福祉人材の育成に大きく貢献しています。

II 適正なサービス提供体制について

(1) サービスの品質の確保

①業務マニュアルの作成

サービス提供に係る業務マニュアルを各フロアに常置し、また、パソコン上からも随時閲覧することができるようにしています。更新・改定を各委員会が中心となっており、現場で機能するマニュアルとなっています。

②サービス提供に係る記録 ③確実な情報伝達

サービス提供に係る記録は、介護記録ソフト「ほのぼの」を活用し、生活面でのエピソードや対話のやりとりを重視したものとなっています。サービス計画、実施・評価・見直し等の記録全てをPCで一元管理しています。家族への情報開示と利用者の個人情報保護については、マニュアルに基づいて適切に対応しています。

介護記録ソフト「ほのぼの」の他に、社内イントラ「サイボウズ」を活用して、利用者に関する情報の確実な伝達と共有化

を図っています。

④ケアカンファレンス

ケアカンファレンスを、定期的（6ヶ月毎）に家族の参加を前提に「カンファレンス会議」で行なうとともに、定例の「ユニット会議」でも行なっています。家族の参加率は50%です。

カンファレンス会議の内容は、「ケース会議録」や「個人ファイル」、パソコン上で閲覧できます。ケアカンファレンスはチームアプローチを原則とし、会議には施設の全ての職種が参加しています。また、各フロアー職員からパソコンに意見を書き込むことができ、職員の自由な意見も反映される仕組みとなっています。

（2）個別援助計画

①アセスメントの実施 ②個別援助計画の作成

③専門家等に対する意見照会④スタッフの意見の集約

アセスメントに「包括的自立支援プログラム」を活用し、「センター方式」も検討されています。

本人・家族との面接、ケース検討・カンファレンス・サービス担当者会議で利用者の生活課題を引き出し、独自で作成した「生活歴アンケート」の活用や、介護記録ソフト「ほのぼの」の記録をもとに、アセスメントとモニタリングを充実させています。他に、客観的資料（診断書や要介護認定の意見書、関連職種や専門職種の意見）を参考にして、個別援助計画の策定と見直しを行っています。

個別援助の計画策定を行う際、利用者本人や家族の意見・要望を尊重して、モニタリングを毎月行い、サービス計画は6ヶ月毎に見直し更新しています。「サービス担当者に対する照会内容」シートを活用し、リハビリ職から月2回、情報入手する等、スムーズな連携による多職種間の情報の共有化を図っています。

⑤個別援助計画の見直し

個別援助計画の見直しに「ケアプランチェック表」や「栄養モニタリング」などを活用しています。医師や歯科衛生士の意見や、リハビリ職、栄養職の評価を個別機能訓練や栄養マネジメントなどに反映させています。歯科医、歯科衛生士（南口腔ケアセンター）の指導のもとで、栄養士、ケアマネ、看護師で構成する「口腔ケア委員会」が口腔ケアに取り組んでいます。

京都府歯科医師会より口腔ケア推進優良施設として感謝状を授与されています。

（3）利用者等の希望尊重

①利用者・家族の希望尊重 ②希望等を引き出す働きかけ

施設ケアマネは、利用者に日々関わり、家族には施設訪問時に面接を行い、利用者と家族との信頼関係を深めています。また、定期的を開催する年2回の「家族懇談会」の後に、喫茶を

しながらユニットで、職員が家族の個人面談を行っています。日常会話の中で、相談や苦情、気がかりなことを気軽に伝え易い雰囲気づくりに努め、意見箱やアンケート調査で集約した声を、回答を添えてエレベーター横に掲示公開しています。

Ⅲ 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

① 人権等の尊重

人権擁護は施設運営の根幹であると捕らえ、研修会や勉強会を意識的に行っています。職員が日常的なケアの場面で利用者の意向に気づくよう「状況把握表」を活用しています。

② プライバシー等の保護

個人浴槽の設置、排泄の汚れ物をショッピングカバンで運ぶ等、プライバシーの保護と羞恥心への配慮に努めています。現在、トイレのカーテンを引き戸にリニューアルしています。

(2) 情報提供

② 利用者に係わる情報交換

サービス担当者会議は家族の参加を原則としています。「生活歴アンケート」を用いて、利用者ひとり一人に担当職員が聴き取りを行い、年2回の家族交流会、その後の家族個人面談で情報交換により家族の意向を引き出しています。

④ 地域への情報公開

地域交流誌「とうなん」を発行し、施設の活動内容を広く地域に発信しています。担当職員を置いて、ボランティア活動を保障し、実習生を受け入れる等、福祉の人材育成に貢献しています。また、11月の地域行事「塔南祭」において介護相談コーナーを設け、施設の資源を提供しています。毎年、8月に開催している夏祭りには、500人からの参加があり、季節行事として定着しています。又、施設内で、特技を持った地域の人々との世代間交流を行っています。

Ⅳ サービスの質の向上の取組

(1) 苦情解決

- ①苦情・相談窓口の明示 ②苦情やトラブルへの対応
③第三者への相談機会の確保 ④苦情に基づくサービスの改善

利用者・家族からの苦情やトラブルは「苦情・クレーム対応マニュアル」に沿って迅速に対応しています。「第三者委員」の設置、研修の実施、記録の整備、苦情処理報告書の作成、社内イントラ「サイボウズ」による全職員への周知など、苦情・トラブルをサービスの向上に役立てています。

(2) 質の向上に係る取組

- ①利用者満足度の把握 ②質の向上に対する検討体制

	<p>さまざまな方法により、利用者の意見・要望を引き出すことに努めています。また、家族アンケート調査を実施し、結果をエレベーター横に掲示しています。本人には、サービス提供内容に関する意見・要望を伺う「状況把握表」を活用して、食事・排泄・入浴・洗面・動作等の項目別に、つぶやき、笑顔が見られる時、ご本人のことは、自身が望まれる介護、落ち着かれる時を詳細に記述し、得た情報を個別ケアの改善と利用者満足度の向上に役立てています。月1回の「サービス向上委員会」に、ユニット職員参加の「ケース会議」で吸い上げた職員の意見や要望を反映させています。</p> <p>③評価の意義についての周知</p> <p>サービス評価を実施することの意義、及び評価結果をサービス改善に活かすことについて、全職員に周知を図っています。</p> <p>自己評価をチーム(3人1組)で行い、評価結果を受けて改善にも全職員で取り組んでいます。</p> <p>(3) 評価の実施</p> <p>②自己評価の実施 ③第三者評価の受け入れ</p> <p>毎年、京都市の介護サービス評価事業に参加しホームページに結果を公開されています。自己評価の段階で気づいた点の改善に取り組まれています。</p>
改善努力を要する点	<p>Ⅲ利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護</p> <p>③個人情報保護</p>
理 由	<p><u>Ⅲ 利用者保護の観点</u></p> <p>(1) 利用者保護</p> <p>③個人情報保護</p> <p>職員と実習生に採用時に守秘義務について誓約書を交わしていますが、ボランティアとは交わしていません。</p>
具体的なアドバイス	<p><u>Ⅲ 利用者保護の観点</u></p> <p>(1) 利用者保護</p> <p>③個人情報保護</p> <p>ボランティアにも守秘義務の誓約書を交わされることを望みます。</p> <p>・ 高齢者福祉の制度変更が行われている現状において、理念の実現に向けた取り組みを法人全体で行っています。</p> <p>第三者評価や京都市の介護サービス評価(毎年)を積極的に受診され、結果をサービス向上に役立てています。また、利用者・家族、実習生の意見や要望、苦情を真摯に受け止められ、サービス改善に繋げています。児童と高齢者、障害を持つ人の</p>

	<p>就労支援等を通して、地域の複合福祉施設としての使命を果たされています。今後一層、さまざまな福祉ニーズに取り組まれることを期待しております。</p>
--	--

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670500046
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会特別養護老人ホーム塔南の園
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成20年3月15日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A
		② 管理者による状況把握	管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
		③ 透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	質の高い介護サービスを提供することができるよう、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		② ストレス管理	スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い、業務の効率を高めている。	A	A
		③ 休憩場所の確保	スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し、必要な設備・備品を備えている。	A	A
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		② 継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	A	A
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	A
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、スタッフ全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		② 事業所内の衛生管理等	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	B	A
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急時等における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
		② 事故の再発防止等	発生した事故に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
		② プライバシー等の保護	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A	
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A	
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A	
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A	
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A	
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A	
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面に行っている。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				20	20

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	A	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	A	A
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	A	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	A	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				20	20

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	30	30
II 適正なサービス提供体制	29	30
Ⅲ利用者保護の観点	20	20
Ⅳサービスの質の向上の取組	20	20

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	30/30	100%	30/30	100%
II 適正なサービス提供体制	29/30	97%	30/30	100%
Ⅲ利用者保護の観点	20/20	100%	20/20	100%
Ⅳサービスの質の向上の取組	20/20	100%	20/20	100%

